SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Son las 16:37).

–La Comisión de Salud Pública del Senado tiene el gusto de recibir a la delegación de la Asociación de Funcionarios del Cenaque, quienes nos harán conocer las inquietudes que motivaron su visita. Les cedemos el uso de la palabra.

SEÑOR LANZ.- En primer lugar, queremos agradecer a los señores Senadores que nos hayan recibido.

La razón de nuestra visita es solicitar que se desarchive y se estudie un proyecto de ley que presentó el Poder Ejecutivo en la Legislatura pasada. A través de esa iniciativa se buscaba brindar una figura jurídica al Centro Nacional de Quemados. El Centro fue creado hace veinte años y nunca tuvo una personería jurídica o figura jurídica que lo definiera, lo cual siempre ha sido un problema, incluso desde el punto de vista financiero. Concretamente, por esa razón se dificultaba la asignación de recursos presupuestales, ya que desde el punto de vista jurídico el Centro no existe y por eso no se podía financiar por esa vía. Sabemos que este proyecto de ley no es la solución a todos los problemas del Centro, pero sí es un punto de partida. En realidad, se trata de una iniciativa sobre la que las partes conversaron y negociaron largamente en el período pasado.

Antes de la última Rendición de Cuentas concurrimos al Parlamento para dar a conocer algunos problemas en el pago de las obligaciones con los funcionarios que el Centro tenía en aquel momento. Se informó a la señora Ministra de entonces lo que hablamos en aquella visita al Parlamento y, a partir de ese momento, comenzó una negociación entre el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Economía y Finanzas, el Fondo Nacional de Recursos y la Universidad de la República. Como resultado de esas negociaciones se elaboró este proyecto de ley, que consideramos muy importante para definir jurídicamente al Centro y darle viabilidad a futuro.

SEÑORA MANSILLA.- Con este proyecto de ley tratamos de lograr una serie de cosas, entre las que se encuentran el marco jurídico y también la estabilidad, a los efectos de saber a quiénes respondemos y quiénes se harán cargo de nosotros. El Centro hace veinte años que está acéfalo; en realidad, deberíamos tener una comisión directiva, pero hace muchos años que esta no funciona. Permanentemente estamos a la deriva y nos sentimos como un barco que en cualquier momento va a anclar. Los señores Senadores seguramente saben que este es el único Centro de quemados del país. Como ya hemos venido aquí en otras oportunidades, no vamos a repetir la historia del centro, pero estamos dispuestos a evacuar las dudas que deseen plantearnos.

El Centro Nacional de Quemados es un híbrido y es el único que hay. Se está poniendo todo vetusto porque hace más de veinte años que no podemos cambiar nada del mobiliario. Además, los funcionarios siempre estamos en la cuerda floja, ya que no sabemos en qué momento esto va a dejar de funcionar.

Con relación a este proyecto de ley, fuimos los empleados quienes lo organizamos, lo armamos y lo trajimos al Parlamento en general. Durante el Gobierno anterior, el Presidente José Mujica lo firmó y dio el visto bueno; todo el mundo lo discutió y cada uno hizo las observaciones correspondientes. Nosotros quedamos en el debe con algunos pequeños detalles, como por ejemplo que dejamos de participar en el proyecto; se nos borró, desaparecimos cuando se suponía que íbamos a formar parte de él. De todas maneras, queremos que se dé una solución de una vez por todas. Ya hace más de un año que esto está merodeando –no queremos decir encajonado– por los cajones del Parlamento. Nosotros fuimos a la Comisión de Presupuesto, a la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes y ya vinimos acá en otra oportunidad. Necesitamos una respuesta para saber cuál será nuestro futuro, porque seguimos esperando que se le dé un andamiaje a esto. En realidad, está totalmente demostrado, inclusive en lo que refiere a las

estadísticas, que el Centro Nacional de Quemados no puede desaparecer. De todas maneras, precisamos saber cuál va a ser la posición que tomará la Cámara en esta Legislatura porque en la anterior todo el mundo lo apoyó; inclusive, nosotros fuimos a hablar con personas de todos los colores, de todos los partidos y todos estuvieron de acuerdo con nosotros. Se hizo un estudio muy pormenorizado en el que participaron todos –como recién mencionó el compañero–, pero seguimos esperando. Necesitamos saber cuál es el problema, por qué esto sigue quieto y no se ha logrado que se vote. Queremos conocer si hay algún inconveniente; en definitiva, precisamos saber cuál va a ser el futuro de este proyecto de ley.

SEÑORA CRANCHI.- El Cenaque funciona desde hace veinte años. Todos reconocen la importancia que tiene para el país y, a esta altura, el hecho de que exista desde hace tanto tiempo y que sea el único Centro para tratar quemados graves, no necesita demasiada explicación. Lo que no comprendemos es por qué nunca tuvo eco para estar contenido en una ley.

Cuando vinimos acá y se empezó a hablar del tema Cenaque, nos dijeron que estaba en un limbo jurídico y que necesitaba un marco jurídico. Este marco jurídico también se lo encontraron los funcionarios porque este era un viejo proyecto que estaba guardado en el Cenaque y había sido discutido con la Universidad de la República y con el Ministerio de Salud Pública. Lo trajimos al Parlamento; hablamos con todos los diputados, mandamos cartas a todos los Senadores contándoles de qué se trataba y la señora Senadora Topolansky tomó el tema, que terminó con la forma que tiene en la actualidad. Pensamos que este asunto está discutido y contar de nuevo la importancia del Cenaque a esta altura ya no sirve de mucho. El 19 de diciembre del año pasado la Presidencia lo pasó a la Asamblea General –con el aval del Presidente, por supuesto– para que se votara.

Nosotros habíamos venido el año pasado al Parlamento para saber qué iba a suceder con este proyecto de ley y nos informaron que como era año electoral y había que nombrar a una persona, no podía aprobarse; nos dijeron que, de pronto, luego de las elecciones podía volver a tratarse y desempolvarse.

Al respecto, hablamos con el señor Senador Moreira y nos comentó que luego de las elecciones había posibilidades de considerar el tema. Tengo entendido que, más allá de las licencias, los señores Senadores se siguen reuniendo. Pero el tema no se trató. El Cenaque, si bien sigue funcionando, cada poco tiempo entra en un quiebre total y nos avisan que no habrá plata para el aguinaldo o para los siguientes sueldos. En esas instancias viene un tipo de interventor, es decir una persona que se pone al frente del Cenaque, realiza cuatro o cinco cambios y marchamos un tiempo más porque se saca plata de algún lado. Así seguimos adelante, pero siempre con la inestabilidad de no saber hasta cuándo y cómo.

Los tratamientos de los pacientes siguen siendo financiados por el Fondo Nacional de Recursos, que incluso muchas veces no da todo el dinero que debe por los pacientes. Esto se debe a que si el Fondo Nacional de Recursos no avala el tratamiento que un paciente necesita, no paga tantos meses de su internación. Por supuesto que esto va en desmedro de la estabilidad económica del Centro, que termina recayendo sobre los funcionarios y también sobre los pacientes.

Por lo tanto, entendemos que debería hacerse algo en forma urgente, votar este proyecto de ley para empezar a andar a partir de acá –esto no es lo ideal, pero es lo que encontramos en este momento; tal vez las cosas se puedan mejorar mucho– y dar una respuesta a los trabajadores, así como también a todos los pacientes quemados –cualquiera puede estar en ese lugar–, ya que es una obligación del Gobierno responder a esto que es tan caro para la población.

SEÑORA SANTA CRUZ.- Quiero manifestar que a nivel mundial, cada tres millones de personas hay un centro de quemados con 18 pacientes. Nosotros tenemos 17, o sea que nos faltaría uno, pero eso no implica que estemos muy diferenciados a nivel mundial, ya que nuestra capacidad es similar a la que hay en Francia, Estados Unidos y España. Inclusive, el porcentaje de mortalidad de los quemados ha bajado de un 60 % a un 20 %.

Nosotros pedimos que se desarchive este proyecto de ley.

SEÑORA XAVIER.- Quería decirle a la delegación que no tenemos una respuesta para darles, pero este tema se consideró en la reunión que la bancada realizó recientemente con el Presidente de la República. Allí quedó nuevamente instalada la preocupación por encontrar esa forma jurídica y, a partir de allí, los apoyos necesarios. En definitiva, el tema no está fuera de la consideración. Lo que quiero transmitir a la delegación con absoluta transparencia es que todavía no hay una definición de si será ese proyecto de ley o no.

SEÑORA PASSADA.- Saludo a todos los integrantes de esta delegación, con quienes ya estuve en la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes.

Lo que sucedió fue tal cual lo plantearon. Nosotros estábamos prácticamente en la etapa final y de cierre de la Legislatura, por cuanto era muy complejo llamar a una sesión extraordinaria para hacer el tratamiento en ambas Cámaras. A ello había que agregarle la problemática del incremento solicitado, que debía contar con una respuesta del Poder Ejecutivo y una nueva iniciativa.

Como decía la señora Senadora Xavier, creo que lo importante es que el tema está incorporado en nuestra agenda parlamentaria. Veremos luego qué forma tomará –si será este u otro proyecto de ley, o si se tendrá otra mirada–, pero se hará su tratamiento.

SEÑOR PRESIDENTE.- Todos tenemos claro lo importante que es el Cenaque –creo que las señoras Senadoras ya lo han explicitado– y sabemos que el tema está justamente en la agenda del nuevo Poder Ejecutivo y naturalmente volverá a verlo.

Sin duda, apenas tengamos novedades se las comunicaremos a través de la Comisión, ya que comprendemos la importancia del Centro, su proyección y continuidad, así como las inquietudes de los trabajadores.

SEÑOR LANZ.- Uno de los planteamientos que queremos realizar es que nos gustaría tener una instancia con quien vaya a estudiar el proyecto de ley, porque para nosotros es muy importante que se mantenga la calidad en la atención que ha tenido el Cenaque. Es muy importante para nosotros mantener al funcionariado en un momento en el que todos los días escuchamos que en la salud falta gente preparada para trabajar, y más aún en un centro especializado como este.

Otro aspecto a mencionar es que durante las diferentes crisis que vivimos en estos veinte años, fueron los trabajadores quienes pagaron –y muy caro– el costo social, porque el nivel de asistencia nunca se vio resentido, aspecto que para nosotros es fundamental. Tuvimos momentos en los que para que no se despidieran compañeros, pasaron de trabajar veinticuatro o veinticinco guardias al mes a trabajar dieciocho. Cada vez que en el Cenaque había un problema financiero eran los trabajadores quienes se veían perjudicados.

Planteamos que en esta instancia ese peso no debe recaer una vez más sobre los trabajadores. Para nosotros es muy importante mantener nuestro estatus de trabajadores como lo tenemos hoy, dentro del grupo 15, así como el nivel de asistencia del Cenaque.

Esos son los temas más importantes que queríamos plantear. Muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE.- Tengan la certeza de que reconocemos la importancia del tema.

Muchas gracias por su presencia en la tarde de hoy.

(Se retira de sala la delegación de la Asociación de Funcionarios del Cenaque).

(Ingresa a sala la delegación de la Asociación Rodrigo Aguirre Camblor, Cuidar la Vida).

–La Comisión de Salud Pública recibe con mucho gusto a la delegación de la Asociación Rodrigo Aguirre Camblor integrada por su Presidenta, señora Liropeya Camblor de Aguirre y quienes la acompañan Graciela Ortiz de Bustabad, Elizabet Garín y Ana Laura Gallego.

SEÑORA CAMBLOR.- Damos las buenas tardes a todos los señores Senadores y agradecemos que nos hayan cedido este espacio para presentar el motivo y los detalles que hacen a este anteproyecto de ley, titulado: Ley Rodrigo Aguirre. Seguridad en los quirófanos.

En primer lugar, quisiera resaltar que lo que busca esta iniciativa es, ante todo, terminar con los errores en la medicina, a través de la promoción, el control, la corrección y la prevención de este tipo de eventos adversos. De este modo, estaremos contribuyendo con una medicina de alta calidad en nuestro país, que pueda orientarse hacia otro modelo de la salud en el mundo.

Consideramos que este anteproyecto beneficia tanto a pacientes y familiares como a todo el personal de la salud, al mismo tiempo que favorece a todo el sistema judicial que, ante eventos adversos acaecidos en el mundo de la medicina, se ve inmerso en procesos sumamente largos y dolorosos para todas las partes.

Además, esta iniciativa también aporta a la academia, dado que el material que quede registrado de los procesos e intervenciones del personal de la salud hacia los pacientes podría ser tomado como referencia para la formación de los futuros profesionales del área de la salud.

Entrando al detalle del anteproyecto, consideramos que la filmación de los sucesos que ocurren dentro del *block* quirúrgico debe quedar bajo el secreto profesional y solo podrá consultarse mediante orden judicial. Esto implica que, además, para dar mayor transparencia, estas filmaciones serán registradas por circuito cerrado similar al que se utiliza en la aviación a través de la caja negra. Esto implica garantías, tanto a pacientes como al personal de la salud, en lo que concierne a la intimidad de la entidad de cada uno de los partícipes en el *block* quirúrgico. Asimismo, se resguarda el secreto profesional de los allí actuantes.

Consideramos que este anteproyecto de ley es de suma importancia, dado que jerarquiza el trabajo y el saber profesional de los médicos, así como de todo el personal de la salud. Aceptar que el error existe es abrir la mente y el corazón a un sistema de salud que vincula de manera más sólida y amena la relación entre el personal de este sector y los pacientes.

A propósito, si los señores Senadores me permiten, voy a citar unas palabras del doctor Ruben Cesarco, quien fuera especialista en el área de la salud psicosocial y me ayudara de manera muy profunda a transitar este camino. Dice así: «Nuestro compromiso es con la persona y los valores humanos. Esto nos lleva a hacer todos los esfuerzos por combatir la falta de equidad y emprender el liderazgo de una gran reforma del sistema de salud que empieza por el cambio de las actitudes profesionales personales. En nuestra opinión, sin este compromiso personal no hay cambio colectivo posible».

Quedamos a disposición, cuantas veces sea necesario, para hacer las aclaraciones y los aportes que los señores Senadores estimen conveniente en la etapa de debate en el Parlamento.

Estamos muy agradecidos de que nos hayan recibido pero, si me permiten, solo quisiera leer una carta que me enviara un comandante instructor de un Boeing 777 de Qatar Airways, a quien le solicité que me hiciera saber los detalles que ellos tienen en cuenta. Dice lo siguiente: «Querida Liropeya, disculpa mi retraso en escribirte pero estuve un poco liado con los vuelos.

Paso a relatarte los argumentos, pocos pero muy sólidos, a utilizar para la reglamentación de la filmación obligatoria de las intervenciones quirúrgicas:

1. No existe en el mundo actividad alguna que gestione mejor los errores en aras del incremento de la seguridad en todas sus operaciones que la aviación. No hay ninguna otra industria que asuma los

errores para aprender de ellos y así evitar cometer los mismos nuevamente.

2. La filmación de las intervenciones quirúrgicas tiene dos componentes muy importantes: uno es el de generar un registro filmado de lo actuado a los efectos de poder revisar y tener constancia de lo actuado por los equipos médicos. El otro y no menos importante es dar acceso fácil a los estudiantes, y a todos los profesionales, para que puedan mejorar técnicas y aprendizaje.

3. Ambas funciones tienen un solo resultado, el de mejorar y elevar el nivel de los profesionales de la medicina, pudiendo los equipos médicos realizar *debriefings* donde cada actor pueda observarse y ver su performance y errores, y sobre todo el gran resultado es el aumento de la seguridad en la actuación de los equipos médicos. El tener acceso y la publicación de los errores cometidos por los demás es una de las herramientas más efectivas que tiene la aviación para evitar su repetición. Hoy en día con la tecnología actual es fácil y poco costosa la instalación de equipos de filmación y grabación en quirófano. La mayor oposición a la implementación de estos procedimientos vendrá seguramente desde el corporativismo médico de defenderse ante los errores cometidos, pero para eso seguramente se pueda implantar un mecanismo de seguros que estimo ya debe de existir. Espero que esta breve reseña te sirva como argumento para ayudarte a alcanzar tu meta de una legislación que mejore la praxis médica y proteja al paciente. Te mando un fuerte abrazo y el deseo de éxito en tu “gran cruzada”.

Estoy siempre a las órdenes para lo que precises.

Besos. Antonio Rama Toscano. Comandante, Instructor e Inspector, Boeing 777 Qatar Airways.»

Me hice distintas preguntas de lo que podría suceder. Entre otras cosas me pregunté cómo se iba a manejar el tema de la intimidad y el secreto profesional, tanto del paciente como del personal de la salud que esté involucrado bajo este mecanismo de filmación y consideré lo siguiente. El secreto profesional y la intimidad del paciente y personal de la salud siempre estarán resguardados porque este instrumento de filmación se podrá dar a luz sí y solo sí se admite o se deja entrever que en determinado evento quirúrgico o de atención médica hubo una falla de parte del personal de la salud con el paciente en donde se haya comprometido la vida de este o, al menos, una parte de ella. A este tipo de instrumentos solo se podrá acceder mediante una orden judicial y solo serán quienes oficien en la Justicia las únicas personas habilitadas para consultar en forma completa o parcial la información que en la filmación haya quedado registrada.

La idea de nuestra asociación de implementar la filmación, como instrumento para evitar posibles eventos adversos en la medicina a futuro, va mucho más allá del sentimiento filial que involucra a este caso particular. Este proyecto busca evitar este tipo de situaciones a futuro, porque el principal problema aquí es la falta de compromiso, de asumir el error y las fallas que llevaron a esa situación, lo que luego deriva en juicios larguísimos, dolorosos y extenuantes para todas las partes. Además, siempre queda la sensación de que faltó aclarar algo más para cualquiera de las partes, sea cual sea el resultado del veredicto. En definitiva, con esto se ve cómo actuó cada uno de los miembros del *block* quirúrgico porque qué mejor prueba que el audio y la imagen registrada en tiempo real.

En cuanto a la privacidad, podemos decir que no está comprometida porque no se precisa filmar la cara de los pacientes. De utilizar ese criterio, se podría decir que la historia clínica podría ser leída por el personal en algún momento y divulgada, lo que ha sucedido en algunos casos que involucran a gente del mundo del espectáculo o en casos de intervenciones de alto perfil donde se quiere mantener la discreción. También hablé sobre los costos.

Cuando se sanciona a personal de la salud pienso que hay que apoyarlo psicológicamente, así como también se apoya al paciente. En alguna oportunidad hablamos de la importancia del estado emocional en el desempeño del agente sanitario y cómo esto interfiere en la relación con el paciente y en los procesos asistenciales. Más allá de la historia personal de cada uno, nos preguntamos si una sanción injusta, una amenaza que afecte la fuente laboral –tan común en nuestra profesión–, un llamado a concurso del cargo que se está desempeñando, el cambio de las reglas de juego en el

sistema jerárquico, la redistribución de tareas, el destrato y las humillaciones impuestas a residentes, no merecen más atención.

SEÑORA XAVIER.- Con respecto a este anteproyecto –del que ya hemos oído hablar fuera del ámbito legislativo–, quiero saber si ustedes han tenido conversaciones con el Sindicato Médico del Uruguay, con la colegiación médica o con algún ámbito que tenga que ver con la práctica y las condiciones éticas de su desarrollo. Sin duda, son ámbitos en los que tendremos que buscar referencias.

SEÑORA CAMBLOR.- El año pasado, en la anterior Legislatura, había presentado el proyecto, pero quedó archivado. Ahora hicimos algunos cambios y agregados, pero todavía no hemos hablado con estas organizaciones. Sí he tenido contacto con gente de Holanda, que está desarrollando un sistema, y de Canadá.

Concretamente, con respecto a la pregunta de la señora Senadora Xavier, debo decir que todavía no hemos hablado; primero quería presentar este proyecto para luego comenzar un diálogo con ellos.

SEÑORA XAVIER.- En el debate propio de la Comisión –obviamente, eso lo haremos después; hoy es un día destinado a recibir delegaciones– tendremos que decidir si se da estado parlamentario a esta iniciativa, para lo cual un grupo de Legisladores deberían firmarlo para presentarlo. Entonces, sería bueno que, si tienen alguna información, la remitan por correo electrónico a la secretaría de la Comisión.

SEÑORA CAMBLOR.- ¿También tendríamos que hablar con el Ministerio de Salud Pública?

SEÑORA XAVIER.- Sin duda, también hay que consultar al Ministerio de Salud Pública, pero primero habría que saber cómo toma el cuerpo médico una iniciativa de esta naturaleza. En las últimas convenciones médicas se ha estado hablando del tema de la calidad, de la atención y se ha centrado la problemática en el debate dentro de la corporación. Esto no quiere decir que toda medida sea bien tomada, pero me parecía que, como termómetro inicial, valía la pena comenzar por el lado del Sindicato Médico del Uruguay, de FEMI y de la colegiación médica, ya que es la única profesión que tiene colegio médico desde hace dos años.

SEÑORA CAMBLOR.- Lo haré. Reitero que estaba esperando esta primera instancia para hablar con ellos y saber qué piensan. Además, esto es algo que el mundo está pidiendo; no es solo una idea nuestra. En lo personal, me surgió esta idea después que sucedió lo de mi hijo debido a que era algo tan a ojos vista y había tantas dudas.

También quería referirme a mi nombramiento por la organización «Pacientes para la seguridad del paciente» de la Organización Mundial de la Salud, en Ginebra. Seré líder para Uruguay a los efectos de formar grupos y continuar con todo este trabajo, informando a las personas.

SEÑOR PRESIDENTE.- Nosotros quedamos a la espera de la información y estas gestiones, tanto ante el Sindicato Médico del Uruguay como ante el Colegio Médico del Uruguay y la Facultad de Medicina.

SEÑORA CAMBLOR.- Cuando hice una reunión por el Día de la Seguridad del Paciente, la Facultad de Medicina y la colegiación médica me mandaron unas cartas muy lindas, en las que me deseaban mucho éxito en este emprendimiento.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si usted quiere, a través de la secretaría podemos facilitarle las entrevistas con el Colegio Médico del Uruguay, la Facultad de Medicina y el Sindicato Médico del Uruguay.

SEÑORA CAMBLOR.- Le agradezco mucho.

SEÑOR PRESIDENTE.- Creo que corresponde subrayar la actitud de la señora Presidenta, que apunta a no resignarse y transformar ese dolor tan profundo –que comprendemos, aunque uno nunca alcanza a dimensionarlo– en una propuesta para la comunidad.

Quiero agregar, además, que en el día de hoy, justamente, se hizo pública –por lo cual le vamos a hacer llegar estos antecedentes– la preocupación del señor Ministro de Salud Pública por el tema de la seguridad en los quirófanos, en el mismo sentido de lo que ahora están planteando.

SEÑORA CAMBLOR.- Parece muy difícil, pero hablé con gente de Holanda –ellos me contestaron por *email*– y, si pudiéramos implantar acá el sistema que ellos tienen, sería maravilloso. Pero me dicen que todavía falta, porque ellos están buscando –y se va a lograr, porque la tecnología está avanzando mucho– crear una máquina que prevenga el error.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se trata de acotar los márgenes de error.

SEÑORA CAMBLOR.- Lo más importante es que, como dijo el doctor Cesarco, cada persona debe trabajar para lograr un verdadero cambio.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos mucho la visita de las representantes de la Asociación Rodrigo Aguirre Camblor - Cuidar la Vida y nos mantenemos en contacto, a través de la secretaría, por las entrevistas mencionadas y el material que nos hagan llegar.

(Se retira de sala la delegación de la Asociación Rodrigo Aguirre Camblor - Cuidar la Vida).

(Ingresan a sala representantes de la Asociación de Odontólogos e Higienistas de Salud Pública - Programa de Salud Bucal Escolar del MSP).

–La Comisión de Salud Pública del Senado tiene el agrado de recibir a una delegación de trabajadores del Programa de Salud Bucal Escolar del Ministerio de Salud Pública.

Sin más, les cedemos el uso de la palabra; los escucharemos con mucho gusto.

SEÑOR CANDAU.- Primero que nada, quiero agradecer la deferencia de recibirnos. Ya hemos venido alguna vez –somos viejos conocidos– por el mismo tema. Nuestra preocupación no son los dientes sino la salud de los niños; aclaro esto porque siempre se nos minimiza circunscribiéndonos a la boca, y nosotros vamos un poco más allá de eso.

Voy a hacer una pequeña introducción de lo que fue el Programa; después los colegas harán sus aportes y el doctor Maiki presentará la parte económica, que es lo importante.

El Programa de Salud Bucal Escolar fue creado en el primer Gobierno del doctor Tabaré Vázquez; su señora, María Auxiliadora, lo creó motivada por la visión que ella tuvo, sobre todo en el interior del país, de la destrucción de la boca de los niños. Así, se formó una comisión integrada por colegas de pediatría y otro tipo de profesionales. En el año 2005 se resolvió hacer un concurso, al que nos presentamos unos cuantos odontólogos. En su momento ingresamos 56 colegas entre odontólogos e higienistas.

Al principio se trató de un plan piloto para explorar un poco cómo era la situación en esta experiencia diferente de crear un programa a nivel nacional, que fue el primero que se creó en el país. Uruguay nunca había tenido un programa nacional de salud odontológica para niños escolarizados; si bien ha habido una cantidad de inquietudes plasmadas en programas localizados, esto nunca se había dado a nivel nacional.

La experiencia fue tan buena que motivó a aumentar el programa. Se hizo un segundo concurso, al que también nos presentamos y en el año 2006 ingresamos a trabajar 144 colegas, entre

odontólogos e higienistas. Aclaro que estamos hablando de un número mucho mayor de odontólogos que de higienistas, ya que nuestro país no forma tantos higienistas como debería y una de las características de Uruguay es que hay poca demanda de estos profesionales en la parte laboral. De esos 144 odontólogos e higienistas, en la actualidad –o sea, diez años después– vamos quedando 102.

El programa tiene tres pilares fundamentales: una base es la parte educativa, otra, la parte asistencial y otra, la parte preventiva. La base educativa se da a la totalidad del alumnado; la preventiva tiene que ver con que se van declarando determinadas características de atención. Comenzamos con 1.er año y 6.º año, para que el niño termine la escuela y empiece su etapa de educación secundaria libre de caries, y luego esto se va incrementando. Esto es así en lo teórico, podríamos decir que en seis años terminaríamos; pero es tanta la patología acumulada que no da el tiempo para resolver el problema en su totalidad. El programa llegó a tener 365 escuelas en el año 2007, de las cuales 191 eran rurales y 174 urbanas. Para el año 2014 había 538 escuelas, de las cuales 367 eran rurales y 171 urbanas. Nosotros tenemos una cobertura de cerca de 70.000 niños.

Estamos hablando de una atención por la que se cumplen tres etapas, es decir, la educativa, la preventiva y la asistencial, logrando acceder a niños de bajos recursos. Más allá del medio rural, aquí en Montevideo accedemos a lugares muy carenciados. En ese proceso la forma de contratación se llevó a cabo a través de una licitación que hizo el Consejo de Educación Inicial y Primaria y luego se realizó un concurso de oposición y méritos por el que dicho Consejo contrató al personal. Durante el Gobierno del doctor Vázquez se trabajó de esa manera, pero a su término se nos informó que el programa caducaba, ante lo que los trabajadores y la directiva de la comisión nos movilizamos y logramos que el programa continuara. Como el doctor Vázquez no había estipulado dónde dejar anclado este programa –había un problema político complicado de resolver– se creó el Centro para la Inclusión Tecnológica y Social –los Senadores que estaban aquí en ese período lo recordarán-, dirigido por el ingeniero Brechner. Como dije, había tres elementos que el doctor Vázquez no había dejado resueltos, que son el Plan Ceibal, el programa oftalmológico y el odontológico. La solución de ese tema nos llevó a dar una ardua lucha que fue necesaria para que pudiéramos lograr estabilidad. Este programa dependía de la Presidencia de la República y lo cierto es que nunca formamos parte real –por decirlo de algún modo–, en papeles, de ese Centro para la Inclusión Tecnológica y Social; inclusive, nunca conocimos al ingeniero Brechner. Cuando comenzó el Gobierno del señor Mujica, luego de varios meses de un diálogo difícil, logramos anclar el programa, como parecía lógico, en el Ministerio de Salud Pública. En ese Ministerio tuvimos muchos inconvenientes y, a nuestro juicio, el programa se fue deteriorando en virtud de un mal accionar de las autoridades con respecto a la manera en que nosotros íbamos a trabajar y a ser contratados. Cabe recordar que nuestro contrato se realizó a través de una licitación llevada a cabo por el Consejo de Educación Inicial y Primaria, luego de lo cual se fue renovando en forma anual. Quiero destacar, por otra parte, que ese proceso de renovación de contrato ha sido observado en cada período por el Tribunal de Cuentas y que el Consejo de Educación Inicial y Primaria, que ha sido un excelente aliado de nuestro trabajo, no ha podido resolver el tema de esas observaciones.

Durante este período debimos trasladarnos de departamento en departamento del Ministerio de Salud Pública y también desarrollamos una ardua tarea gremial en la que, a pesar de participar de mesas de conversaciones, no teníamos poder resolutivo porque no representábamos a nadie. En esa situación debimos formalizar una organización y nos integramos como un grupo de base de la Asociación Odontológica Uruguaya, es decir que logramos tener un ente referente a nivel nacional. A partir de ese momento se nos comenzó a considerar de manera diferente y luego de eso concurrimos a este Parlamento y realizamos una conferencia de prensa. Asimismo, asistimos a las Comisiones de Salud Pública y de Hacienda de ambas Cámaras para solicitar dinero a fin de ejecutar el plan y estar anclados normalmente. Además, en el último Presupuesto Nacional hubo una propuesta de aumento económico tendiente a establecer un honorario correcto o por lo menos aceptable en función de nuestra carga horaria, en comparación con lo que ganan nuestros colegas en el Ministerio de Salud Pública o en ASSE. Así fue que se pidió una partida de US$ 500.000, que fue votada negativamente, luego de lo cual volvimos a estar a la deriva. Cabe aclarar que la suma de $ 24:000.000 que teníamos inicialmente nunca fue reajustado, lo cual constituyó otro olvido importante. Entonces, en ese período –aclaro que hablo de «mala gestión» con todo respeto–, en el gobierno de Mujica, estando Olesker como ministro de Salud Pública, tuvimos una reunión con él en los primeros días de marzo, ya comenzadas las clases. Nosotros trabajamos de marzo a diciembre, siempre con la promesa de que se

iba a anualizar y a trabajar todo el año, como habíamos hecho al principio, en el Gobierno de Vázquez, que hacíamos Verano Solidario y trabajábamos en los centros educativos. Se nos dijo que íbamos a empezar un poco más tarde, en unos días, pero que ese período igual iba a ser respetado en lo que tiene que ver con el tema laboral. El Ministro Olesker fue retirado de Salud Pública y designado en otro Ministerio. Volvimos a estar a la deriva, y desde marzo de ese año –si mal no recuerdo– hasta setiembre, estuvimos sin trabajar y sin cobrar, y la plata estaba destinada para este trabajo. Luego de eso, también tuvimos un mes un problema administrativo que todos los años veníamos denunciando, pues hay que pedir la renovación, que el Tribunal de Cuentas lo observe, aceptar esa observación y levantarla, para poder llegar a contratar al personal. Es por esta razón que también durante más de un mes y medio estuvimos sin trabajar en este período.

En resumidas cuentas, nosotros llevamos la tercera parte laboral de nuestro trabajo –10 años– en una relación de dependencia totalmente con cero garantías, en la cual no tenemos ningún tipo de garantías de aportes. Nosotros facturamos a Primaria. No tenemos cobertura para las colegas que quedan embarazadas o que tienen problemas de salud, como cualquier ser humano. Siempre se está a la espera de que se va a resolver el problema. Ahora, al asumir el doctor Vázquez hicimos los contactos pertinentes para ver qué iba a pasar. Él nos dijo que el doctor Basso tenía directivas. Pedimos la entrevista el día 5 de marzo y estamos a la espera. Reclamamos la entrevista y se nos dijo que se había perdido la nota. Volvimos a hacer otra y seguimos a la espera. Lo mismo ocurrió con su señora, María Auxiliadora, con quien nos habíamos contactado y ahora no la hemos podido localizar.

Otro tema importante es que, terminando el Gobierno de Mujica y viendo que íbamos de un departamento a otro y que nadie nos estaba resolviendo las situaciones prácticas de trabajo que teníamos, y con la intención de llevar a buen fin nuestro trabajo y nuestra función, nos presentamos en el Parlamento, en su momento hablamos con el doctor Tabaré Vázquez, quien nos recibió, a los efectos de solucionar el tema y, de alguna manera, poder garantizar que esto continuara, y no que directamente primero íbamos a ciclos de vida, después a planificación estratégica; veníamos de un lado para el otro. Ahí se resolvió crear la comisión y que fuera una unidad ejecutora que dependiera de la Ministra. Eso se hizo por ley en este Parlamento. Se votó, pero nunca se llegó a oficializar la parte administrativa de esa unidad ejecutora. Entonces, cada vez que uno tiene que hacer una compra, y cada vez que la comisión hace una compra, como no tiene la posibilidad legal, debe ir al Ministerio, este va a los distintos departamentos, y al final Primaria termina enviándonos el dinero para poder comprar. Como ustedes podrán ver, esto ha sido bastante complicado, pero esa es la operativa.

Lo importante es manifestar que nosotros accedemos a niños de muy bajos recursos. Es un programa que nunca ha sido criticado sino, por el contrario, ha sido aceptado por todos los partidos políticos y entendido como un buen programa. Atendemos a 70.000 niños, pero no se trata del niño que tiene una mamá que lo lleva al consultorio. Personalmente, trabajo en Bella Italia, que es un barrio en el que hay siete asentamientos, donde la mamá o el niño no tienen que concurrir para que lo atiendan porque lo atendemos nosotros, y cuando a la madre le decimos que vaya a la asistencia colectivizada que tiene o a ASSE, nos responde que ella no tiene tiempo, o que es verdad que en ASSE le piden hora a las cuatro de la mañana para atenderlo y no hay números. Es una realidad. Nosotros acá estamos atendiendo a niños que están carenciados afectiva y socialmente y con muchos sufrimientos. Entonces, cuando en otras reuniones que tuvimos en el Ministerio se nos hablaba de la cápita, yo siempre planteaba que a mí la cápita no me importa porque aunque la tengan, por ejemplo, de la Médica Uruguaya –que debe ser una de las pocas que tiene cobertura en los barrios marginales, en los que yo personalmente trabajo–, la mamá no los lleva. Acá tenemos que atender a Juan y a María, porque mamá no lleva a Juan y a María al consultorio. Hoy en la presentación que hicimos en esta misma Comisión en la Cámara de Representantes, presidida por el doctor Gallo, le dije a él que tuvimos el caso de un niño que tuvo un problema de infección dental muy grande, que terminó en un flemón, en una septicemia; precisamente, el doctor Gallo lo operó, pero el niño falleció. No es que esto sea algo general, pero lo digo para que ustedes puedan percibir que socialmente esta es una actividad muy interesante y que está destinada a los niños más carenciados del país que no tienen cobertura. Hemos tenido una vida desdentando gente, mutilando bocas y no rehabilitando. No creó el doctor Vázquez, ni su señora esposa, la panacea ni descubrió América, pero creó e hizo lo que se hace en el mundo: educar desde chico, prevenir y rehabilitar tempranamente lo que luego va a llevar.

Atendemos a niños muy carenciados, a nivel de contexto crítico. En todas las escuelas de Montevideo donde trabajamos asisten niños adictos al alcohol, a la droga, y no tienen mamá o papá

que los lleven a algún lugar a resolver esas situaciones.

Entonces, venimos a reclamar la parte numérica –que será planteada por el doctor Maiki y por la doctora Holfman–, de nuestra propuesta para que la Comisión sepa económica y laboralmente qué necesitamos.

SEÑOR MAIKI.- Agradecemos a la Comisión por recibirnos.

A continuación, retomaré lo mencionado por el doctor Candau.

Este Programa es permanente y no puede como tal –a esta altura y a nuestro entender– admitir una solución de contratación de tipo de compra de servicio. Precisamente, fuimos contratados en el año 2005 o 2006 bajo la figura de compra de servicio. La licitación por la cual se nos contrató venció a fines del año 2009 y a partir de ese momento empezó nuestro *vía crucis*.

El Consejo de Educación Inicial y Primaria que nos contrataba y lo sigue haciendo hasta el día de hoy, a instancias del Ministerio de Salud Pública fue metiendo a fórceps –por decirlo de alguna manera– los pedidos, para hacer una especie de renovación de una contratación que, en realidad, ya estaba vencida. De hecho, hacía un pedido *sui géneris* de una especie de contratación directa.

Obviamente, el Tribunal de Cuentas observaba la contratación de 130 a 140 profesionales y después se levantaba la observación. Esto a veces implicaba retrasos porque no siempre había tiempo para contestar, o sea que no siempre se cumplía en ese sentido. Incluso, en el año 2011 estuvimos siete meses sin trabajar –pero nadie nos explicó por qué no trabajamos en todo ese período–, mientras que en 2012 no trabajamos ni cobramos durante un mes. El programa se detuvo aunque en ese momento había dinero para pagar.

Una de las peculiaridades de este programa es que al votarse a nivel presupuestal no incluyó una cláusula de reajuste anual por inflación. El Tribunal de Cuentas avaló $ 24:149.988 con relación al convenio realizado por el Ministerio de Salud Pública con ANEP, a los efectos de transferirlo a ANEP. Esto sucedió hace aproximadamente dos años. Es la misma cantidad que hubo en 2010 y en 2009.

Como bien decía el doctor Candau, de esos $ 24:000.000, $ 21:000.000 están destinados a recursos humanos y a pagar nuestro salario y $ 3:000.000 se vuelcan a gastos de mantenimiento, materiales, combustible, transporte, pasajes, etcétera.

Ambas magnitudes varían, porque como trabajadores tenemos dos ajustes anuales, uno en marzo y uno en setiembre por IPC, por cuanto esos $ 21:000.000 han ido variando. Obviamente los $ 3:000.000 en materiales también varían. La pregunta es ¿por qué el programa se mantiene? Porque había 144 odontólogos y ahora quedamos 102. Quiere decir que más de 40 odontólogos e higienistas han ido renunciando. Esto también implica que determinadas escuelas se hayan quedado sin cobertura.

Se trata de un programa –como bien decía el doctor Candau– sobre el que nadie discute; hasta el momento no se ha podido presentar un programa mejor. Si así fuera estaríamos de acuerdo, pero hasta ahora no vemos en el país ningún programa mejor o, por lo menos, uno que tenga el vuelo numérico y de cantidad de alumnos que tiene este. Sabemos que es perfectible e inclusive tenemos ideas para perfeccionarlo.

Cabe agregar que este programa alcanzó un apogeo en el período comprendido entre los años 2010 y 2011 y después atravesó un período de estancamiento.

A nuestro entender, uno de los problemas fundamentales es justamente la situación de inestabilidad laboral que se deriva de la precaria forma de contratación «compra de servicio». Creemos que después de ocho o diez años de trabajo no merecemos seguir siendo contratados bajo una forma que, a nuestro juicio, debería ser para tareas transitorias, ya que no se adapta a un programa

permanente en el que se exigen conocimientos de odontopediatría y al que, además, ingresamos por concurso. Pensamos que ha llegado la hora de buscar otra forma de contratación, no solo por nosotros sino también a los efectos de estabilizar el programa para lograr que los colegas no se sigan yendo y dentro de un año en lugar de ser 102 trabajadores, seamos 80 o menos.

Planteamos una contratación bajo la figura de persona pública no estatal o similar, lo que entre otras cosas implica el pago de doce meses al año más el aguinaldo. También proponemos el pago del montepío y no seguir como hasta ahora pagando el 10 % por compra de servicios. Eso permitiría mejorar la situación de las compañeras higienistas que no deberían seguir viéndose obligadas a mantener una empresa unipersonal y a aportar parte de sus ingresos para ello.

Por último, planteamos cubrir la situación de compañeras que, muchas veces, durante la gestación e incluso con indicación de reposo, se han visto obligadas a no ir a trabajar y, por lo tanto, no cobraron. En este caso, el derecho de licencia por maternidad consagrado en nuestra Constitución y en las leyes no se cumple.

Con respecto a la cantidad de recursos que es necesario aumentar, hicimos un cálculo. En este momento, somos 102 trabajadores, trabajamos diez meses al año y hacemos 30 horas semanales, lo que implica un gasto aproximado de $ 21:000.000. Si los 102 trabajadores, en lugar de diez meses al año trabajáramos 12 meses –incluso, nos ofrecemos a trabajar en los meses de enero y febrero en actividades del programa Verano Educativo–, incluiríamos el aguinaldo y un 20 % de mejora salarial a los efectos de ir equiparándonos progresivamente con el salario de los trabajadores odontólogos del Ministerio de Salud Pública y de ASSE. Equipararíamos el horario e iríamos avanzando hacia una equiparación en el valor de la hora y en la retribución salarial. La suma total es de $ 32:560.000, a los que agregamos $ 5:000.000 más para materiales –en este momento, se gastan $ 3:000.000–, por lo que nos da la cantidad de $ 37:560.000. Eso es lo que solicitamos en la rendición de cuentas del año 2012, pero lamentablemente no fue votado. Creo que, en ese momento, no se comprendieron nuestras necesidades o quizás se tuvo la visión de que el programa estaba suficientemente solventado desde el punto de vista económico y no se reparó en el desangre que hubo durante este período. Ello no se debió solamente al tema económico, pero en definitiva si el programa aún subsiste es porque lamentablemente se pagó el precio de que más de cuarenta odontólogos e higienistas renunciaran a su trabajo; de lo contrario, la plata no hubiera alcanzado. Pensamos que hay que buscar una solución, no solo para dar mayor estabilidad al recurso humano, que es uno de los elementos fundamentales para la continuidad del programa, sino también porque consideramos que después de todos los años que hemos trabajado, tenemos derecho a contemplar el año que viene y los sucesivos con mayor tranquilidad.

Si bien por este año no tenemos problema porque está en vigencia la actual forma de contratación, nos inquieta saber lo que pasará el año que viene y, sobre todo, en el próximo presupuesto. Últimamente, nos hemos movilizado e intentamos tener entrevistas. Por ejemplo, como muy bien dijo el señor Candau, el 5 de marzo solicitamos una entrevista con el Ministro, pero hasta ahora no se ha concretado.

Básicamente, más allá de los números que hemos expuesto, requerimos una forma de estabilizar la situación de los funcionarios y del programa para que pueda seguir adelante.

Muchas gracias.

SEÑORA HOLFMAN.- Como recién decían los compañeros, nosotros no solo queremos estabilidad y seguridad desde el punto de vista laboral, sino también del programa que, como explicaba Marcelo Candau se lleva a cabo *in situ* en las escuelas, lo que es fundamental ya que, muchas veces, los niños no se pueden trasladar a determinado lugar. Además, no solo estamos ahí como el odontólogo, sino como una persona a la que los niños van viendo día tras día y eso les hace perder ese terror generalizado hacia nuestra profesión. Para quienes estamos desde hace años en una escuela somos un maestro más y eso es invalorable al momento de realizar la asistencia a los niños. Por lo tanto, para nosotros no solo es fundamental la continuidad del programa, sino también que no se pierda el hilo conductor. Cada vez que tuvimos suspensiones perdimos mucho tiempo de trabajo y, al volver a empezar, se pierde lo que se venía haciendo. Eso no es favorable para nuestro trabajo.

Además, como decía el compañero, este programa no solo se lleva adelante en zonas muy carenciadas de Montevideo, sino a nivel rural, lo que es muy importante. Personalmente trabajé en la zona de los arrozales del departamento de Treinta y Tres y son lugares a los que no llega nada; ni siquiera había luz eléctrica, por lo que trabajábamos con un generador a nafta. Se trataba de una escuela a la que concurrían unos diez o doce niños que, realmente, no tenían acceso a la atención. Esa historia se puede repetir en todo el interior profundo. Por eso, queríamos destacar la importancia del programa. Como dije, no solo queremos la estabilidad para nosotros, sino también para el programa.

SEÑORA MONTANER.- Me quiero presentar porque soy colega. No integro la Comisión de Salud Pública y, por eso, agradezco al Presidente y a sus miembros que me hayan permitido estar aquí presente. Escucharlos a ustedes es recordar lo que he vivido y sentido. Soy odontóloga y al recibirme realicé el posgrado de pediatría. Luego me fui a trabajar al Hospital Pereira Rossell durante tres años en forma honoraria, implementando todas las técnicas sobre prevención, motivación, sellante de fosas y fisuras, cariostáticos, flúor y topicaciones porque entendía que no solo era una odontología revolucionaria, sino que también implicaba un abaratamiento de los costos de la odontología rehabilitadora. Se trata de una odontología social que abarca a quienes no pueden llegar a golpear la puerta a un consultorio por lo oneroso que es. Me parece importante que los odontopediatras, los odontólogos, los educadores y los higienistas divulguen esta tarea.

La doctora Holfman hablaba del interior profundo. Personalmente realicé el trabajo en mi departamento, Tacuarembó. Allí recorrí escuelas buscando la motivación y aplicando de técnicas sencillas, pero, como es obvio, una golondrina no hace verano. Para nosotros significa mucho que esos seres humanos jóvenes queden mutilados de por vida. Hablamos de niños que padecen la patología bucal de la caries, úlceras e, incluso, algunas consecuencias más y, como hoy en día la odontología rehabilitadora es tan onerosa, el sector más vulnerable queda mutilado y condenado de por vida. Por lo tanto, entiendo que este programa tiene una importancia vital y trascendente. No se trata de decir que los odontólogos nos ponemos la camiseta, sino de sentir lo que esto significa para una sociedad.

En la Legislatura anterior presenté un proyecto de ley porque entendía que los programas podían tener discontinuidades y, de esa manera, el trabajo se perdía. Por ejemplo, aunque se logre que el molar seis y el resto de la dentición transitoria y permanente se mantengan sanos con un sellante de fosas y fisuras, el hecho de interrumpir el tratamiento hace que todo vuelva para atrás, y se produce una pérdida tremenda y muy onerosa. Por eso, entendía que debía existir estabilidad.

Al escucharlos veo que hay dos aspectos fundamentales: la parte presupuestal –lógicamente nada marcha si no hay un presupuesto detrás– y los odontólogos, que son los profesionales que deben ejecutar el programa y tienen que contar con una seguridad no solo salarial, sino también de aportes y prestaciones.

A propósito de esto, puedo entregarles una copia de un proyecto de ley que propone algo similar a lo que hacen ustedes. Allí planteamos que este programa sea regulado por una norma jurídica y no tenga interrupciones, porque ello nos daría la garantía de que se continuará brindando el servicio.

Adelanto que, en momentos en que se trate el proyecto de presupuesto –no es demagogia, sino la expresión de un sentimiento–, trataré de defender y hacer que se tome conciencia de esto para lograr que siga adelante. Quienes conocemos y vivimos esta problemática; quienes estuvimos cerca de los niños carenciados y enfermos mutilados; quienes sabemos que esos son ciudadanos condenados en el futuro, pensamos que este es uno de los enfoques preventivos sociales que no merecen postergaciones, sino, por el contrario, que se le otorguen los recursos necesarios.

Gracias, señor Presidente.

SEÑOR CANDAU.- Me congratulo al escuchar las palabras de la señora Senadora.

Simplemente quiero trasmitir a los señores Senadores el afecto que sentimos. Quienes trabajamos en esto empezamos en 2005 y lo tomamos como una actividad, no digo honoraria, pero sí de carácter social. Tuvimos gran parte de nuestros problemas con la directiva de la institución que nos agremia porque estábamos trabajando por un salario que no era acorde al que debíamos percibir.

Participé como consejero de la Facultad de Odontología por el orden estudiantil y luego por el orden de egresados, así como en la directiva de la Asociación Odontológica Uruguaya durante muchos años. Siempre tuve claro el concepto ético de no prestarnos a trabajar con salarios que no fueran acordes. Como este era un plan piloto, que buscaba demostrar que se podía lograr algo que en el mundo ya era posible –y fue posible–, nos atrevimos y convinimos en trabajar en esto, con buena voluntad y la esperanza de que nuestra situación mejoraría. Sin embargo, pasan los días, pasan los años, pasan los gobiernos, y esto cada vez está peor, porque transcurrieron diez años, que representan la tercera parte de la vida laboral de un profesional o un trabajador.

No me interesa tener la condición de ser presupuestado por el Gobierno; no me interesa que me suban el salario –no vivo solo de esto–; solo me importa que el Legislador, que es el que vota, tenga en cuenta que este es un programa que ha dado resultados –esto ha quedado demostrado tanto en nuestro país como en el resto del mundo– y que es el primero de carácter nacional que tiene el país. Nadie lo criticó; todo el mundo lo apoyó; incluso fue parte de la campaña de mucha gente que sostenía que era útil. Por eso, si se atreven, los Legisladores tienen que apoyarlo tal como dice la señora Senadora: con recursos económicos para quien trabaja en esto y con un marco de seguridad en el Estado, similar al de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular, la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes o la Comisión Nacional Honoraria de Zoonosis, puestas como ejemplo por muchos políticos, donde se trabaja con contrato y la gente hasta puede jubilarse cumpliendo esas tareas. Lo importante es la estabilidad laboral.

Como decía, entonces, no queremos un carguito ni un sueldito. Lo que pretendemos es que en algún momento el Legislador tome conciencia de que esto es necesario, que le dé el carácter de permanente y se pueda acceder a una relación laboral respetable, de modo tal que quien venga atrás pueda continuar con este servicio. Para trabajar en este campo de la odontología, no se necesita un sillón dental, magníficas luces ni aparatos costosos. En esta Comisión hice una presentación, en la que mostraba cómo trabajamos. Es evidente que no cualquier egresado trabaja así, tiene que gustarle y estar dispuesto a desempeñar su tarea de esta manera, pues es un campo de la odontología social, colectivizada y necesaria. Es una mentira que se requieren grandes sillones y grandes cosas para lograr mejoría bucal. Durante años estuvimos sometidos a mutilar bocas, por eso, como decía la doctora, tenemos que cambiar.

En el barrio donde trabajo, tuve una experiencia con un niño sobre quien el maestro me dijo: «Ahora vuelve a sonreír». El propio niño dijo: «Ahora me puedo cortar el pelo». Quedé como de *flash*. Pensé: «¿se cortó el pelo?». Ese niño no se cortaba el pelo porque le daba vergüenza su boca, pero se la arreglamos. Esto forma parte de lo afectivo, de lo social. Por poner un ejemplo, cuando don José va a tomar a alguien para que venda verdura y debe elegir entre un niño con boca sana y otro con boca enferma, va a tomar al que sonríe, no al que tiene todos los dientes rotos. Este es un tema que va mucho más allá del diente o de la caries.

No voy a decir que ASSE o las IAM no hacen nada, pero lo cierto es que nosotros asistimos a gente con dos realidades distintas: los alejados, como decía la doctora, que no tienen cobertura por un tema de acceso o de cercanía de atención, y los de contexto crítico en Montevideo. En lo personal, trabajo en una escuela de 1.000 niños y puedo decir que las mamás son mamás para tenerlos y para alguna otra cosa, pero no para atenderlos. Una madre me dijo: «No puedo dormir porque Jonathan llora todo el día porque le duele». No le importaba si Jonathan no dormía porque le dolía; lo que le importaba era que ella no podía dormir. A ese tipo de gente es que nosotros estamos accediendo, a gente de bajos recursos con problemas sociales, culturales, educativos y afectivos importantes. Tenemos niños en sexto año de 14 o 15 años con un consumo enorme de alcohol y droga. Yo estoy atendiendo a un niño que consume cuatro litros de vino por día; hay cinco entidades más trabajando con este niño, además de la atención bucal.

Me desespera que hayan tenido que pasar diez años para que alguien decida votarnos US$ 500.000, cuando en este país hay dinero para otras cosas. Quiero apelar a la sensibilidad. A mí me hace mal esto; estoy como enojado conmigo mismo por no haber sido capaz de venir a esta Comisión y años atrás a otras a plantear la situación; me voy contento pensando que no nos van a dar corte, pero no sucede nada. Ya no sabemos qué más hacer; hicimos conferencia de prensa, salimos en los diarios. Se dijo que Vázquez resolvió en una charla el Plan de Salud Bucal, pero el tema no está resuelto, ya que es mucho más importante de lo que parece. No estamos apelando al dientito roto; estamos dando cobertura a una cantidad de gente que no la tiene, más allá del tema de la cápita. Yo no podría atender a Jonathan porque tiene la cápita por Médica Uruguaya, pero lo que sucede es que no va a la mutualista; la mamá no lo lleva y los que lo tratamos somos nosotros. De lo contrario, el niño sufre y falta a clase, y después llega a ASSE y algún día le sacan la muela. Eso es lo que tenemos que prevenir.

Estoy consustanciado con la odontología que hago; manejo hace veinticinco años pediatría y estoy desilusionado de que políticamente este país no sea capaz de darnos rubros cuando entienden que esto es algo bueno. No estoy viniendo solamente a pedir que ganemos un sueldo digno; es cierto que ganamos la mitad que en ASSE, pero no importa. Quiero un sueldo digno, pero también quiero que se entienda que es necesario que los que vengan puedan continuar asistiendo a los niños más carenciados del país.

Muchas gracias.

SEÑORA XAVIER.- Quiero dejar constancia de que el señor Candau hizo referencia a que las mamás solo los tienen, pero se olvidó de mencionar dónde están los papás.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos la visita y les decimos que recibimos la preocupación. Haremos llegar al señor Ministro la versión taquigráfica de esta reunión y, desde luego, quiero decir que somos totalmente sensibles al todo el tema de la salud bucal, particularmente infantil.

(Se retiran de sala los representantes de la Asociación de Odontólogos e Higienistas de Salud Pública-Programa de Salud Bucal Escolar del MSP).

"Documentación aportada por la Asociación de Odontólogos e Higienistas de Salud Pública"